

FACULTÉ DE MEDECINE

**Contribution à l'Etude
de la valeur de la colpopérinéorrhaphie
dans le
traitement des Grands prolapsus utérins**

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juin 1935

PAR

STEFANOFF Stéfan

Né le 11 Mars 1910, à Vidine (Bulgarie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITE (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. MASSABUAU, professeur, président. LAUX, professeur. AIMES, agrégé. GUIBAL, agrégé.	}	assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1935

FACULTE DE MEDECINE

Contribution à l'Etude
de la valeur de la colpopérinéorrhaphie
dans le
traitement des Grands prolapsus utérins

THÈSE

présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 1^{er} Juin 1935

PAR

STEFANOFF Stéfan

Né le 11 Mars 1910, à Vidine (Bulgarie)

POUR OBTENIR le GRADE de DOCTEUR de l'UNIVERSITÉ (Mention Médecine)

Examineurs de la Thèse	{	MM. MASSABUAU, professeur, président. LAUX, professeur. AIMES, agrégé. GUIBAL, agrégé.	}	assesseurs
---------------------------	---	---	---	------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1935

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	L. HEDON
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Anatomie pathologique	GRYNFELTT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	PUECH
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
Clinique chirurgicale	RIMBAUD
Clinique obstétricale	MASSABUAU
Clinique des maladies mentales et nerveuses	RICHE
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	P. DELMAS
Clinique de dermatosyphiligraphie	EUZIERE, doyen
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	LEENHARDT
Clinique des maladies des voies urinaires	MARGAROT
Clinique gynécologique	ETIENNE
Clinique ophtalmologique	JEANBRAU
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	LAPEYRE
Matière médicale (Ch. de c.)	VILLARD
Radiologie (Ch. de c.)	TERRACOL
	CABANNES
	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GALAVIELLE VALLOIS,
FORGUE, ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Pathologie expérimentale	PAGES
Pathologie médicale	N...
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phthisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Clinique des maladies contagieuses	JANBON

Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	MOURGUE-MOLINES
	GUIBAL
	ROUX
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	JANBON
	BAUMEL
	VIDAL
	LAUX
	N...
	COLL DE CARRERA
	GRANEL
	CARRERE



Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU prof. président.
LAUX, professeur.

MM. AIMES, agrégé
GUIBAL, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MA MERE

A MON PERE

*Qui le premier m'apprit à aimer
l'art d'apaiser les souffrances et de
sécher les pleurs.*

A MA SŒUR ET A MON FRERE

A MES AMIS

S. S.

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MASSABUAU

*Professeur de clinique chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Montpellier*

Qui nous a suggéré l'idée de ce travail et a bien voulu en accepter la présidence.

Faible témoignage de notre profond respect.

A MON JURY DE THESE

Hommage respectueux.

A MES MAITRES

DE LA FACULTE ET DES HOPITAUX



Digitized by the Internet Archive
in 2026

AVANT-PROPOS

Monsieur le Professeur MASSABUAU, ayant eu dernièrement l'occasion, dans son service de clinique chirurgicale à l'Hôpital Saint-Eloi, de poser l'indication d'une colpopérinéorrhaphie dans deux cas de grand prolapsus utérin chez des malades relativement jeunes, s'est intéressé de la valeur de cette intervention comme procédé thérapeutique et nous proposa de consacrer notre thèse de doctorat à l'étude de ce sujet.

Nous tenons à exprimer ici notre très vive reconnaissance à Monsieur le Professeur MASSABUAU d'avoir bien voulu nous confier les deux observations qui ont servi de base à notre travail.

Ces deux observations nous montreront la bonne réparation anatomique qu'on peut obtenir par la pratique de la colpopérinéorrhaphie mais sont malheureusement trop récentes pour nous donner une idée sur les résultats éloignés qu'on peut attendre d'elle. Malgré cela nous croyons nous avoir fait une juste opinion de la valeur de ce procédé opératoire en y ajoutant les connaissances acquises par la consultation des statistiques et quelques observations pris au hasard dans la littérature.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE LA
VALEUR DE LA COLPOPERINEORRHAPHIE
DANS LE TRAITEMENT
DES GRANDS PROLAPSUS UTERINS

INTRODUCTION

Une intervention chirurgicale comporte trop de risques pour un malade dont la vie n'est pas immédiatement menacée pour se contenter d'être simplement symptomatique.

Le prolapsus, une infirmité, comprenant des lésions multiples et intimement liées les unes aux autres, demande une intervention radicale et combattant à la fois toutes ces lésions complexes.

L'étude pathogénique et anatomo-pathologique du prolapsus nous tracera les lignes de notre conduite.

Au point de vue pathogénique le prolapsus nous paraît comme déterminé par un effondrement du plancher pelvien. Toute intervention logique donc doit s'attacher à refaire un périnée solide et résistant.

La descente de la matrice est toujours accompagnée et même précédée par la chute des parois antérieure et postérieure du vagin. Il nous paraît donc nécessaire que l'intervention chirurgicale doit essayer de combattre le prolapsus vaginal. Une colporrhaphie antérieure et postérieure sont donc toutes indiquées.

Notre but doit être de remplacer par l'état normal et autant que possible en une seule séance toutes les

altérations qui ont pu se produire. Il existe une lésion associée, très caractéristique, l'hypertrophie du col, et plus spécialement de sa portion sus-vaginale. Une opinion admise par tous est qu'il est extrêmement important, surtout au début de la convalescence, de ne pas faire supporter à la jeune cicatrice un fardeau trop pesant. Aussi dans les cas où l'utérus n'est pas absolument normal, on doit favoriser sa régression par l'amputation du col.

Donc, une colpopérinéorrhaphie postérieure, associée à une colporrhaphie antérieure et l'amputation du col, nous paraît l'intervention idéale en parfaite concordance avec les données anatomo-pathologiques et la conception actuelle de la pathogénie du prolapsus.

Les autres interventions essayées dans la thérapeutique chirurgicale des prolapsus se montrent ou bien insuffisantes et doivent être complétées par une intervention périnéale, ou bien d'indications limitées par l'âge et l'état général de la malade ou par les particularités anatomiques du prolapsus.

D'une technique opératoire simple, la colpopérinéorrhaphie est une intervention facile à exécuter, sans trop grands risques pour la malade et donnant un résultat satisfaisant.

Après l'exposé de quelques notions d'étiologie et de pathogénie nous avons réservé un chapitre pour l'anatomie pathologique des prolapsus. Un troisième chapitre est consacré à l'étude des quelques interventions autres que la colpopérinéorrhaphie postérieure et un quatrième à celui de la technique opératoire de la colpopérinéorrhaphie. L'exposé des observations constitue le cinquième chapitre qui est suivi par celui des résultats obtenus par la pratique de l'intervention et nous terminons par nos conclusions.

PROLAPSUS == PATHOGENIE == ETIOLOGIE

Le prolapsus de l'utérus et du vagin, c'est-à-dire la plus ou moins grande descente de l'utérus accompagnée et même précédée par la chute des parois antérieure et postérieure du vagin, est une des plus fréquentes affections de l'appareil génital de la femme.

Le prolapsus survient à la suite de modifications dans les rapports anatomiques des éléments du plancher pelvien, à la suite d'une insuffisance des moyens de soutènement et de suspension de l'utérus et du vagin et en premier lieu une insuffisance du plancher pelvien par relâchement.

L'accouchement avec la distension considérable ou les déchirures superficielles ou profondes des parties, l'augmentation du poids et de la grosseur de l'utérus, les troubles de l'occlusion du vagin qu'il entraîne, prend une part active à la création de l'infirmité.

Souvent les malades résistent à ces influences nocives pendant des années mais enfin les grossesses répétées, le travail, les privations et les maladies intercurrentes, autant de causes favorisantes, épuisent l'organisme et finissent par triompher sur les constitutions les plus robustes.

Ce relâchement du périnée, ainsi que celui des ligaments utérins, faut-il le rattacher avec GUENIOT à un état diasthésique particulier, caractérisé par une

moindre résistance des tissus fibreux et musculaire ? Et alors le prolapsus fera partie de la grande classe des ptoses viscérales.

Faut-il penser à la manière de MARTIN à une fonte extrêmement rapide, pendant la période d'involution utérine, des tissus adipeux, développés entre les diverses couches constituant le plancher pelvien ?

Mais peu importe ces théories pathogéniques au point de vue thérapeutique chirurgicale la seule qui nous intéresse.

Autrement intéressante est la question du processus anatomo-pathologique qui détermine le prolapsus.

Est-ce une lésion de l'appareil de soutien de l'utérus ?

Est-ce une lésion de son appareil de suspension ?

Ou bien, faut-il se rallier à une conception plus éclectique et dire que dans la lésion combinée de ces deux appareils il faudra chercher la cause de cette infirmité.

L'utérus jouit d'une grande mobilité dans l'excavation pelvienne, mobilité qui cependant se voit limitée dans une certaine mesure par les divers moyens de fixation.

L'un d'eux suspend l'organe de la cavité pelvienne, c'est l'appareil de suspension.

Le second soutient l'organe sur le plancher pelvien c'est son appareil de soutènement.

L'appareil de suspension de l'utérus. — Cet appareil est représenté par le péritoine et les ligaments utérins.

..Le péritoine. — La séreuse de la face postérieure de la vessie se porte vers l'utérus qu'elle aborde sur sa face antérieure au niveau de l'isthme de l'organe, elle remonte sur cette face, tapisse le fond de l'orga-

ne, et descend sur sa face postérieure, ainsi que sur celle de la portion sus-vaginale du col et une petite partie du cul-de-sac postérieur du vagin, de là, elle se porte vers le rectum.

La séreuse péritonéale adhère intimément sur le fond de l'organe et sur la partie supérieure du corps, et peut contribuer ainsi à maintenir la matrice en place dans la cavité pelvienne.

Mais son rôle apparaît nettement dans les déviations pathologiques de l'utérus, où une irritation peut amener l'adhérence de la séreuse utérine à celle des organes avoisinants ou à la séreuse pariétale et de rendre ainsi irréductible une déviation primitivement parfaitement réductible.

Cette propriété de la séreuse peut être utilisée en thérapeutique pour maintenir en bonne position l'utérus des déviations une fois réduites.

Les ligaments larges. — Partant des bords latéraux de l'utérus, ils se dirigent vers les parois correspondantes de l'excavation, occupant un plan vertico-transversal. De cette manière ils freinent le mouvement de latéralité de l'utérus mais laissent libre la matrice dans le sens antéro-postérieur.

Les ligaments ronds. — Ce sont deux cordons fibreux qui partent de chaque corne utérine, traversent le canal inguinal, où le cordon se dissocie en une série de fibres, qui vont se fixer au tissu conjonctif et à la peau du mont de Vénus, aux piliers du trajet inguinal, au périoste et à l'épine du pubis.

Les ligaments ronds bien que très minces cordons fibro-musculaires peuvent, dans une certaine mesure, maintenir l'utérus dans sa position normale — antéflexion légère.

Les ligaments utéro-sacrés. — Parmi les ligaments de l'utérus, la première place, au point de vue de l'importance qu'ils présentent comme suspenseurs de la matrice, revient sans conteste, aux deux ligaments sacro-utérins.

Deux faisceaux fibreux, partant de chaque côté de l'isthme et se dirigeant en arrière pour venir s'insérer sur le sacrum, voilà les deux ligaments de Douglas.

Les expériences de Ziegenspeck sont concluantes pour montrer leur réelle importance dans la suspension de l'organe. Cet auteur sectionnait, sur le cadavre dont l'utérus était abaissé, les deux ligaments tendus au maximum. Cette section permettait un degré de plus d'abaissement.

L'appareil de soutènement de l'utérus est constitué par un puissant appareil musculaire qui rentre dans la constitution du plancher pelvien.

Le plancher pelvien est formé dans une faible partie par le tissu conjonctif, un appareil de liaison entre des puissants faisceaux musculaires, dont le principal et le muscle releveur de l'anus. A côté de lui on trouve sur un plan plus superficiel, le segment antérieur du sphincter anal, le transverse superficiel, le constricteur de la vulve.

Le chirurgien voit dans tous ces faisceaux musculaires deux groupes.

Un groupe de faisceaux postérieurs et externes, qui partent de la face postérieure du pubis et de l'arc tendineux, pour aller se fixer sur les bords du coccyx, sur le raphé ano-coccygien, sur les côtés du rectum.

Un groupe de faisceaux internes, ansiforme qui se détachent du pubis, se dirigent en arrière et se divisent en deux. Une partie s'insèrent sur les parois latérales du rectum, une autre, s'entrecroisent sur la ligne

médiane avec les faisceaux musculaires opposés, en formant ainsi une véritable anse qui embrasse dans sa concavité la partie postérieure du vagin.

Ces faisceaux musculaires forment une sangle solide et contractile sur lequel repose le col par l'intermédiaire du vagin.

On conçoit aisément qu'il est impossible de faire une séparation au point de vue physiologique entre l'appareil de soutien et l'appareil de suspension de l'utérus. Tout au contraire les rôles physiologique de ces deux appareils se complètent parfaitement. Néanmoins nous ne pouvons pas nier que le principal agent de fixation de l'utérus dans le petit bassin est son puissant appareil de soutènement avec le releveur de l'anus.

Mais survient-il un accouchement, avec les déchirures du périnée possible, avec la fonte graisseuse pour MARTIN ou le syndrome de TUFFIER pour GUENIOT, déterminant un relâchement de la musculature périméale et ce soutien n'existe plus.

Alors l'appareil de suspension de l'utérus entre en pleine action. Et si la malade a la possibilité de mener une vie aisée évitant tout effort violent, l'appareil de suspension peut pleinement suffire à sa tâche, de lutter contre la pression abdominale et de fixer la matrice dans sa position normale.

Mais si la malade est obligée de se livrer à des pénibles travaux de ménage ou à la campagne, de produire de violents efforts, la force de ce grêle appareil ligamentaire après la destruction physiologique du plancher pelvien sont vite épuisés et il n'est plus en état de s'opposer à la descente des organes pelviens.

QUELQUES NOTIONS D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Quelques notions anatomo-pathologiques nous semble indispensables pour montrer que la colpopérinéorrhaphie postérieure complétée par une colporrhaphie antérieure et par l'amputation du col est une intervention parfaitement logique.

L'insuffisance du périnée par déchirure ou relâchement permet aux lésions du prolapsus de se manifester.

Une procidence progressive du vagin à travers la vulve béante précède d'habitude l'abaissement de l'utérus.

Presque toujours il y a d'abord une chute de la paroi vaginale antérieure, suivie ordinairement d'une hernie de la vessie, cystocèle, puis de la paroi vaginale postérieure accompagnée plus rarement d'une rectocèle.

La procidence des bourrelets latéraux est rare.

Ces différentes variétés de procidences vaginales se combinent généralement entre elles mais n'intéressent presque constamment que les parois antérieures et postérieures.

L'extrémité supérieure du tractus génital, l'utérus, peut s'abaisser et tomber en prolapsus isolément ou

en même temps que le vagin. Il est rare alors qu'il ne présente pas quelques altérations dans sa forme, sa consistance et son poids. Abstraction faite de la métrite, en particulier de métrite cervicale, qui fait rarement défaut, il existe une hypertrophie du col, plus spécialement de sa portion sus-vaginale, primitive ou consécutive, depuis longtemps signalée par HUGUIER, qui eut le tort de la considérer comme cause du prolapsus.

Cet allongement hypertrophique du col peut être primitif ou avoir son origine dans l'altération pathologique de la muqueuse et du parenchyme même du col; plus fréquemment, il est secondaire et se développe sous l'influence de la traction exercée sur le col par la vessie et la paroi vaginale antérieure prolabées.

De plus, l'utérus abaissé est en général basculé en arrière par suite de l'entraînement du col en avant et en bas sous la traction de la paroi vaginale antérieure.

Comme on le voit les lésions du prolapsus sont multiples et le plus souvent liées les unes aux autres; il est illogique de les dissocier au point de vue thérapeutique.

QUELQUES INTERVENTIONS
AUTRES
QUE LA COLPOPERINEORRHAPHIE
PRATIQUÉES POUR PROLAPSUS

Les interventions pratiquées pour prolapsus génitaux sont très nombreuses.

Les unes sont pratiquées par voie abdominale dans le but de raffermir les moyens de suspensions des diverses parties prolabées. Telles sont :

Hystéropexie antérieure directe. — Opération désastreuse au point de vue obstétrical et presque toujours inefficace dans les déviations utérines compliquées de prolapsus.

Hystéropexie indirecte par raccourcissement extra ou intra abdominale des ligaments ronds.

L'étude de l'appareil de suspension nous a montré le rôle insignifiant que joue cet appareil dans la fixation de la matrice en face d'un périnée relâché et insuffisant. Une intervention s'attachant de raffermir cet appareil seul et laissant un périnée defectueux ne peut espérer aucun succès; les lésions se reproduiront fatalement.

Hystérectomie abdominale indiquée dans les grands prolapsus chez des malades âgés avec utérus pathologique (fibromes, lésions annexielles coexistantes).

On pratique l'hystérectomie subtotale avec fixation du moignon, soit à la paroi abdominale (Marion), soit à la manière de Jacob aux ligaments ou bien l'hystérectomie totale avec fixation du dôme vaginal à la paroi abdominale.

Malgré les favorables statistiques de Stoeckel (1,7 % de récidives), de Halban et Steiz (80 % de guérisons durables), Begouin, dans le xxxii^e Congrès de l'Association française de chirurgie à Paris 1923, limite ses indications aux cas compliqués de lésions utérines ou annexielles, et pense qu'elle devra être complétée par une périnéorrhaphie.

Résection du cul-de-sac de Douglas. — MARION et son élève ROUSSEAU attribuent une grande importance dans l'apparition du prolapsus à la profondeur anormale du cul-de-sac. Et MARION oblitère le Douglas par une série de fils après laparotomie. FORGUE recommande l'ouverture du péritoine, dissection du sac et sa résection suivie par une périnéorrhaphie.

Mais le soutien inférieur relâché, il n'y a pas seulement l'utérus et sa séreuse qui glissent, mais tous les tissus environnants et tous ces différents procédés resteront sans résultat tant qu'on ne s'attache pas à raffermir le périnée.

D'autres auteurs sont intervenus par en bas, dans le but de fermer l'orifice de sortie des organes pelviens prolapsés pratiquant une épisiorraphie, ou bien, dans le but de retrécir le vagin, pratiquant une excision, tantôt partiellement, tantôt en entier des masses hypertrophiées. Le succès de cette manière de faire ne pouvait être que passager.

Les quelques méthodes de colporrhaphie, telles que le procédé de WINCKEL, de SIMON et d'autres comptent quelques succès entre les mains de ses auteurs. Parmi ces procédés il existe un règlement efficace mais avec des indications bien limitées. Je veux parler du procédé de *Neugebauer-Le Fort* ou *colporrhaphie médiane*.

Il consiste dans le cloisonnement antéro-postérieure du vagin. On cherche par la création d'un pont solide et résistant à s'opposer à la descente incoercible de l'utérus à travers le vagin.

Par l'excision au bistouri de deux lambeaux rectangulaires, de mêmes dimensions, de la muqueuse vaginale sur les parois antérieure et postérieure de l'organe et par l'accolement par des sutures des deux surfaces avivées, on obtient le pont antéro-postérieur recherché, souple et très résistant, qui peut soutenir des tumeurs prolabées extrêmement volumineuses.

BROCQ et NORA rapportent dans *Gynécologie et Obstétrique*, XII, 1925, page 338-355, 38 cas de prolapsus traités par la colporrhaphie médiane, la plupart il est vrai élargis par une périnéorrhaphie. Mais il rapporte 9 cas de colporrhaphie médiane pure, dont 3 ont pu être revus.

OBSERVATION IV. — La malade a pu être revue onze ans après avec un très bon résultat anatomique et physiologique.

OBSERVATION XXIV. — Résultat très satisfaisant sept mois après.

OBSERVATION XXXV. — Un an après la malade a donné de bonnes nouvelles d'elle.

On peut conclure par les statistiques que le procédé NEUGEBAUER-LE FORT donne des résultats satisfaisants

et très durables. En plus, c'est un procédé relativement simple.

Mais le procédé de LE FORT qui réunit des parties qui doivent être physiologiquement distantes, crée une difformité pour la femme qui perd jusqu'à un certain point son aptitude à la cohabitation et entrave sa physiologie normale.

Ce bon procédé demande donc une condition absolue, c'est l'âge de la malade. Il doit être appliqué au-dessus de 60 ans et dans les cas où toutes les méthodes qui laissent intacts les rapports naturels des parties ont échoué.

L'opération de WATKINS-WERTHEIM-SCHAUTA. — Avant d'aborder l'étude de la colpopérinéorrhaphie postérieure il faut mentionner l'interposition intervesico-utérine, intervention imaginée par WATKINS en 1898 et décrite par lui un an après, tandis que neuf mois avant WERTHEIM et SCHAUTA à quelques semaines d'intervalle ont décrit sa technique.

La technique de SCHAUTA diffère par quelques points de celle de WERTHEIM mais le but est de former un soutien à la vessie dans les cas de grosses cystocèles à l'aide de l'utérus rétro-dévié. On bascule l'utérus en avant, on le fait passer à travers une colpotomie antérieure et on pratique son inclusion dans un dédoublement de la muqueuse vaginale. Il faut pratiquer toujours la stérilisation des malades, avant la ménopause, par la ligature tubaire seule ou bien en même temps la castration par les rayons X.

Les indications sont limitées aux cas avec grosses cystocèles, utérus non pathologique et après l'âge de 45 ans.

Les résultats éloignés de l'opération sont médiocres et beaucoup d'auteurs estiment qu'elle doit être

complétée par une intervention périnéale. WERTHEIM note 96,3 % de résultats durables.

Les récidives notées varient de 3,7 % pour STÖCKEL à 20-30 % pour HALBAN et SEITZ.

La mortalité post-opératoire oscille entre 0 % (SCHARPENACK) et 14,2 % (pour FEYERABEND).

LA COLPOPERINEORRHAPHIE

QUELQUES NOTIONS

DE TECHNIQUE OPERATOIRE

Les résultats éloignés de ces diverses opérations ont été, en général, médiocres. Comme nous l'avons vu, les lésions des prolapsus génitaux sont multiples, le traitement donc doit être complexe. Il faut :

1° S'attaquer aux masses hypertrophiées du vagin, les exciser, et rendre au vagin son étroitesse normale.

2° Restaurer une périnée long, épais, bien étoffé n'oubliant pas le rôle important du plancher musculaire constitué par les releveurs.

3° Agir sur l'utérus qui généralement n'est pas absolument normal. On favorisera sa régression par l'amputation du col.

Par conséquent, l'opération à pratiquer en une seule séance consiste dans :

L'amputation du col;

La colporrhaphie antérieure;

La colpopérinéorrhaphie postérieure.

Voilà l'intervention idéale, parfaitement logique qui découle des constatations anatomo-pathologiques

et de l'actuelle conception pathogénique des prolapsus.

Quelques notions de technique opératoire, actuellement réglée d'une façon parfaite, nous semblent indispensables pour montrer sa valeur comme procédé opératoire. Nous exposerons la technique employée par Monsieur le Professeur MASSABUAU dans les deux cas dont les observations sont la base de ce travail.

Pour la plus grande commodité de l'intervention, M. le Professeur MASSABUAU débute par l'amputation du col, continue ensuite par la colporrhaphie antérieure, pour finir avec la colpopérinéorrhaphie postérieure.

L'amputation du col. — M. le Professeur MASSABUAU donne ses préférences au procédé de PONEY-FORGUE devant les autres procédés d'amputation du col. L'évidement conoïde du col utérin consiste dans une résection circulaire de toute la muqueuse de l'orifice cervical. On peut employer aussi l'opération de SCHRODER qui consiste en une excision conique de chaque lèvre, suivie de la réunion de la muqueuse intra-cervicale à la muqueuse externe du col.

Colporrhaphie antérieure. — A l'aide des fils qui ont subi à l'amputation du col on attire l'utérus à soi et on tend et expose ainsi la paroi antérieure du vagin. Fixant cette paroi avec une pince supérieure, placée immédiatement au-dessous du bourrelet urétral, et deux pinces latérales, appliquées de chaque côté au niveau du pli qui marque la transition entre la paroi antérieure et la paroi latérale. On tend la paroi antérieure et trace au bistouri le contour losangique du lambeau. Le lambeau intéresse sur une étendue plus ou moins considérable la paroi antérieure.

re du vagin et comprend toute l'épaisseur de la muqueuse vaginale. On dissèque ensuite au bistouri en commençant par l'angle inférieure. Dès qu'on a atteint la cloison vésico-vaginale on peut abandonner le bistouri.

Pour la réunion on aura soin de faire courir le fil au-dessous de la surface cruentée de façon à éviter la production des clapiers. Il faut donner la préférence aux fils résorbables devant les crins ou les fils d'argent. M. le Professeur MASSABEAU se sert de catgut n° 3. Il préfère la suture en surjet qui est plus rapide et exécutée sans difficultés, à condition d'être commencée par l'extrémité cervicale de l'incision, aux points séparés. Les parties sont rentrées à mesure qu'on les réunit, la portion non suturée restant toujours facilement accessible et extériorisée.

Colpopérinéorrhaphie postérieure. — Un dédoublement du périnée et de la cloison recto-vaginale, suivant une ligne transversale, et la réunion des parties dédoublées suivant une ligne sagittale est le point essentiel de l'intervention qu'on complète par une colpectomie en triangle ayant pour base la ligne du dédoublement.

Deux pinces à griffes, placées de chaque côté, au niveau du bourrelet cutanéomuqueux, marquent les limites latérales de l'incision courbe à concavité supérieure, suivant laquelle sera effectué le dédoublement. Les confiant à deux aides, qui tirent sur elles, l'opérateur fait sur la partie moyenne une incision curviligne. Il avance peu à peu dans la profondeur, jusqu'à ce qu'il ait franchi la zone fibreuse non décollable. Dès qu'il l'a dépassée, il refoule avec le doigt les tissus qui doublent profondément le vagin, suivant la face externe de celui-ci, jusqu'à ce qu'il ait jugé le

décollement suffisant en profondeur et en largeur, pour donner à l'écartement des deux conduits, vagin et rectum, le maximum d'espace, qui répondra au périnée reconstitué et pour permettre la découverte et l'affrottement transversal des plans musculaires de la profondeur.

Une fois le dédoublement périnéal effectué on pratique la colpectomie postérieure. On excise un triangle muqueux qui a pour base la ligne du dédoublement périnéal et son sommet tronqué se trouve au voisinage du col.

Il ne reste plus qu'à placer les sutures. On débute par la suture vaginale. Le surjet est plus rapide mais les points séparés au catgut n° 3 garantissent mieux contre les risques de désunion. On commence par le sommet du triangle d'excision ayant soin d'affronter régulièrement et symétriquement les deux côtés.

Maintenant il faut exécuter la suture périnéale, le temps capital de l'intervention. Dans les deux cas que nous rapportons M. le Professeur MASSABEAU a pratiqué la suture métolique en masse. Cette manière de faire permet d'éviter la production des clapiers et des espaces morts. Trois fils d'argent suffisent le plus souvent. Le postérieur perfore la peau du périnée dans le voisinage de l'angle postérieur, à un centimètre environ du bord de la surface cruentée; il chemine ensuite dans l'épaisseur de la valve rectale, près du sommet du dédoublement, conduit avec attention de manière à ne pas perforer l'intestin et ressort du côté opposé en un point symétrique de celui d'entrée.

Les deux autres fils passent en avant du précédent, le deuxième au niveau du sommet même du dédoublement, le troisième dans l'épaisseur de la valve vaginale.

La suture en étages, après la libération minutieuse

et la suture isolée des faisceaux pubo-rectaux des releveurs ne donne pas de meilleurs résultats et crée une étroitesse anormale des voies génitales, défavorable chez une femme exposée à des maternités nouvelles.

L'opération terminée on a entre le vagin et l'anus, un périnée long, haut, suffisamment épais; la vulve est petite et regarde en avant; le vagin est étroit à parois fermes, presque horizontal dans sa partie inférieure.

OBSERVATIONS

Clinique chirurgicale du Professeur MASSABUAU

OBSERVATION I

due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU

Mme E. R., 45 ans, gantière, entre le 26 mai 1934 dans le service de clinique chirurgicale de Monsieur le Professeur MASSABUAU à l'Hôpital Suburbain. Elle présente depuis 8 ans un prolapsus utérin.

Dans ses antécédents on note une déchirure du périnée au cours d'un accouchement, il y a 8 ans. Une périnéorrhaphie a été pratiquée.

Cette intervention n'a pas pu empêcher l'apparition d'un prolapsus qui s'installe rapidement. Sur les conseils de son médecin la malade porte un pessaire-anneau de DUMONTPALLIER. Mais bientôt les pessaires même de plus grande taille deviennent insuffisants.

En même temps s'installent les signes fonctionnels, douleurs, hémorragies, troubles urinaires, polakiurie, disurie, parfois des mictions impérieuses.

A l'examen le 26 mai 1934 on constate dans la position debout, sortant de la vulve, une tumeur grosse comme les deux poings suintante, partant à gauche une ulcération, par frottement probablement. A la

partie inférieure cette tumeur présente un orifice. La tumeur est réductible.

Le toucher montre un périnée déficient.

Il existe un certain degré de cystocèle.

L'examen complet de la malade ainsi que les examens de laboratoire ne relèvent rien de particulier.

Devant ce tableau le diagnostic d'un grand prolapsus génital est posé et une colpopérinéorrhaphie postérieure complétée d'une colporrhaphie antérieure et de l'amputation du col est décidée.

L'opération fut pratiquée le 8 juin 1934. Sous-anesthésie générale à l'éther-acide carbonique.

Pour la grande commodité de l'intervention on débute par l'amputation du col par le procédé de POUÉY-FORGUE. Suture circulaire au catgut, n° 3.

On continue par la colpectomie antérieure en forme de losange suivit d'une colporrhaphie antérieure un surjet au catgut n° 3.

Après la réduction des parties prolabées on pratique la colpopérinéorrhaphie postérieure. Incision horizontale sur la fourchette. Dissection vagino-rectale conduite jusqu'à ce que le cul-de-sac de Douglas apparaisse. Résection en triangle de la paroi vaginale postérieure. Colporrhaphie postérieure par un surjet au catgut n° 3. Périnéorrhaphie dans le sens entéro-postérieur par 3 fils d'argent, chargeant en masse le périnée.

Suture de la peau aux crins de Florence.

Les suites opératoires sont bonnes. Le 8^e jour on pratique l'ablation des sutures. Les fils d'argent ont sectionné en partie les tissus, mais la cicatrice de l'incision n'est pas désunie.

La malade quitte le service le 3 juillet 1934 avec un très bon résultat anatomique.

Le 10 novembre 1934 la malade revient dans le service avec une récurrence.

Trois mois après l'opération, au cours d'une promenade, la malade a ressenti une douleur pelvienne et a senti le prolapsus se reproduire.

Etat actuel. — L'utérus sort en totalité hors de la vulve. Les deux parois du vagin sont déroulées. Le col quoique diminué de longueur persiste. L'utérus étant réduit, le périnée apparaît complètement éculé et la vulve béante.

Discussion. — Dans ce cas nous nous trouvons manifestement en présence d'un prolapsus de cause obstétricale. Une déchirure du périnée, malgré la suture immédiate est suivie à brève échéance par un prolapsus à marche rapide. L'opération est pratiquée et trois mois après, au cours d'une promenade la récurrence se produit.

Dans la périnéorrhaphie primitive, comme dans la colpopérinéorrhaphie postérieure, aucune faute de technique ne peut être mise en cause pour expliquer la production du prolapsus ainsi que sa récurrence ultérieure. A l'ablation des fils, après la colpopérinéorrhaphie, on avait constaté la section partielle des tissus par les fils d'argent, mais l'examen n'avait-il montré une cicatrice périnéale solide, nullement compromise et un périnée bien étoffé?

La récurrence se produit au cours d'une promenade où il est peu vraisemblable que la malade ait fourni un grand effort.

Quelle est alors la cause de cette récurrence? Probablement nous nous trouvons ici en présence d'un de ces cas dont parle MARTIN, où malgré tous les soins qu'on apporte à refaire le périnée on n'arrive pas à un résultat stable. Quelques jours, quelques mois plus

tard le relâchement des parties se reproduit et l'infirmité réapparaît avec toute son horreur pour ces malheureuses contraintes à se contenter de simples moyens de prothèse pour le restant de leurs jours. GENIOT a attribué, avec raison, ces cas au syndrome de TUFFIER. Ce syndrome de ptose générale qui atteint certains obèses ou fatigués par le travail et des privations.

OBSERVATION II

due à l'obligeance de M. le Professeur MASSABUAU

Mme D. B., âgée de 34 ans, garde-barrière, entre le 11 janvier 1935 dans le service de clinique chirurgicale de M. le Professeur MASSABUAU à l'Hôpital Suburbain. Elle présente depuis deux ans un prolapsus utérin.

La malade a eu deux accouchements qui ont exigé l'application de forceps. Les deux accouchements se sont compliqués de déchirure du périnée.

La première qui datée de 7 ans a été suturée aux crins. Pour la seconde, on n'a pas fait de suture. A la suite de cette seconde déchirure est apparu peu à peu un prolapsus. Les signes fonctionnels s'installent. Pesanteur. Douleurs sourdes abdominales. Diarrhée. Légère disurée l'oblige de pousser pour uriner. Coliques assez fréquentes. Pertes blanches légèrement fétides.

A l'examen en position couchée lorsque la malade pousse on voit sortir à travers l'orifice vulvaire une masse transversale, la muqueuse de la paroi vaginale antérieure prolabée. En arrière, on voit le col utérin qui fait hernie.

Aux vulves on trouve un col gros, allongé, hypertrophié. La muqueuse cervicale n'est pas ulcérée. L'orifice transversal est légèrement déchiré. On trouve un périnée éculé en mauvais état.

A l'examen complet de la malade ainsi qu'aux examens de laboratoire on ne trouve rien de particulier.

Devant ces symptômes le diagnostic d'un prolapsus génital de 2^e degré avec cystocèle est posé et une colpopérinéorrhaphie postérieure complétée par une colporrhaphie antérieure et l'amputation du col est décidé.

L'opération est pratiquée, sous-anesthésie générale à l'éther acide carbonique, en trois temps:

Amputation du col par le procédé de POUY-FORGUE. Suture circulaire au catgut n° 3.

Colpectomie antérieure en losange. Suture par un surjet au catgut n° 3.

Colpopérinéorrhaphie postérieure après la réduction des parties prolabées. Incision horizontale sur la fourchette. Dissection vagino-rectale conduite jusqu'à ce que le cul-de-sac de Douglas apparaisse. Résection en triangle de la paroi vaginale postérieure et suture par un surjet au catgut n° 3. Périnéorrhaphie antéro-postérieure par trois fils d'argent chargeant la totalité du périnée. Suture cutanée aux crins.

Les suites opératoires sont bonnes. La plaie se cicatrise, mais lentement. Le quinzième jour, il ne persiste qu'une petite ulcération qui est longue à se cicatriser.

La malade quitte le service le 21 février 1935 avec un très bon résultat opératoire. Le périnée est long, solide, avec noyau fibreux central bien reconstitué. Le vagin est étroit, presque horizontal. La vulve est petite et regarde en avant.

Discussion. — L'intérêt de cette observation consiste en ce qu'elle nous montre le rôle des traumastismes obstétricaux dans l'étiologie des prolapsus. Elle nous montre aussi la bonne réparation anatomique qu'on obtient et qu'on doit obtenir d'une intervention qui est inspirée de l'étude anatomo-pathologique du prolapsus et de celle de sa pathogénie et qui est, à l'heure actuelle, d'une technique parfaitement réglée.

**

Les deux observations que nous résumons plus bas sont empruntées de la thèse de M. le Docteur L. de FORCRAND DE COISELET.

Observation V. — Mme J., 42 ans. Entre dans le service pour prolapsus utérin. La malade a eu cinq accouchements très laborieux. Il y a seize ans son troisième accouchement lui occasionna une déchirure périnéale restée sans traitement. Quelques semaines plus tard la malade présente un prolapsus qui est aggravé par son quatrième et puis cinquième accouchement.

Le col est allongé, hypertrophé. Colpocèle antérieure et postérieure. Périnée complètement effondré.

On pratique une colpopérinéorrhaphie postérieure.

Quinze mois plus tard la malade écrit :

« Je suis très heureuse de donner les meilleures nouvelles des suites de mon opération à M. le Professeur, qui m'a permis de me livrer si facilement à toutes mes occupations ».

Peut-on espérer un meilleur résultat ?

Observation XXIV. — Mme V..., 50 ans, d'Agde. Entre dans le service le 24 octobre 1915. Son unique ac-

couchement, qui date de 24 ans, a nécessité une application de forceps. La malade s'est levée le 12^e jour. Depuis longtemps la malade présente tous les signes fonctionnels d'un prolapsus.

L'examen a montré un col descendant à la vulve entr'ouverte. Un certain degré de cystocèle et de rectocèle. Le col est légèrement hypertrophique. Le périnée présente une déchirure incomplète.

La malade a subi le 18 novembre 1915 une colpo-périnéorrhaphie postérieure et sort le 23 décembre 1915.

Huit mois après sa sortie dans une lettre dit qu'elle est très contente de son opération qui « m'a produit un grand soulagement ».

RESULTATS OBTENUS PAR LA PRATIQUE DE LA COLPOPERINEORRHAPHIE

Est-ce que la colpopérinéorrhaphie atteint son but : la guérison durable et même définitive du prolapsus ?

Est-ce que les deux interventions complémentaires apportent leur contribution à l'atteinte d'un bon résultat opératoire ?

Il faut répondre par l'affirmative à ces deux questions.

L'amputation du col. Diminuant le poids de l'organe, agissant sur la métrite cervicale si fréquente, l'amputation du col, joue son rôle comme intervention complémentaire dans le traitement des prolapsus. On ne peut pas nier, qu'en cas de reposition et de maintien dans la profondeur du vagin de l'utérus jusqu'alors procident, il ne survienne une transformation très complète de l'organe dont le gonflement hypertrophique disparaît, mais il est extrêmement important, de ne pas faire supporter à la jeune cicatrice un fardeau trop pesant. De plus, l'amputation du col détermine un travail de sclérose généralisée à tout l'organe, qui favorise son atrophie.

La colporrhaphie antérieure. C'est un temps complémentaire de la colpopérinéorrhaphie postérieure indispensable surtout dans les cas anciens avec grosse

cystocèle. Evidemment la colporrhaphie postérieure rétrécit le vagin et tend en même temps la paroi antérieure qui soutient la vessie, mais une colporrhaphie antérieure garantit mieux contre une cystocèle ultérieure.

La colpopérinéorrhaphie postérieure complétée par l'amputation du col et la colporrhaphie antérieure doit être préférée devant les autres procédés opératoires parce qu'elle s'adapte essentiellement aux conditions anatomiques des parties; parce qu'elle ne présente pas plus de complications que les autres procédés opératoires. Elle ne nécessite pas ni l'ouverture de la cavité péritonéale ni la stérilisation de la malade.

Cette opération reconstitue le plancher pelvien, rétrécit le vagin et détruit la continuité des axes du vagin et de l'utérus.

Enfin, c'est un procédé qui donne des résultats bons et très durables, souvent la guérison définitive.

Sur 191 cas rapportés par HORTOLOMEI et BURCHELE, dans la *Gynécologie et Obstétrique*, xxv, 1932, p. 277, ces auteurs relèvent cinq cas de récurrence et n'ont jamais eu des cas de mort post-opératoire.

FORGUE et MASSABUAU dans leur *Traité de Gynécologie* nous donnent les statistiques de TREUB qui évalue à 24 % des cas de récurrence, mais ces auteurs s'empressent d'ajouter que la proportion leur paraît forte et évaluent les cas de récurrence à 7 %.

G. LEO, de Trouville-Deauville, au xxxii^e Congrès français de chirurgie à Paris 1923, rapporte 25 cas de colpopérinéorrhaphie dont 6 avec miorrhaphie des releveurs le bon résultat éloigné de l'opération a été constaté dans tous les 19 cas à des dates qui ont varié d'un an à douze ans après l'opération. Dans les 6 cas

avec miorrhapie les résultats ont été moins bons, surtout au point de vue vaginal, l'utérus étant mieux soutenu. Deux fois, les résultats éloignés ont été insuffisants, avec réapparition de la recto-systocèle, sous l'influence de l'effort.

Les statistiques de R. LOICQ, de Bruxelles (Congrès de chirurgie 1923) portent sur 19 cas où il ne note aucun cas de récédive. Chez deux malades il a eu un résultat incomplet, une âgée de soixante ans a présenté une rectocèle, insuccès qu'il attribue à une suture périnéale qui a plus ou moins lâché, l'autre âgée de soixante-douze ans souffrant d'une cystocèle due à une résection insuffisante de la paroi antérieure du vagin. Les autres malades ont eu un résultat anatomique et fonctionnel parfait.

Dans les deux cas que nous devons à l'obligeance de M. le Professeur MASSABEAU, les malades ont quitté l'hôpital avec une réparation anatomique parfaite. Le périnée est long, épais, bien étoffé. Le vagin étroit, presque horizontal. La vulve petite regarde en avant.

L'intervention a échoué complètement trois mois plus tard chez la malade de notre première observation. Le second cas est trop récent pour pouvoir en tirer une conclusion sur la valeur de l'intervention.

Par contre le succès de l'intervention est très net dans les deux cas que nous avons emprunté de la thèse du Docteur de FORCRAND DE COISELET.

Les quelques cas de récédive peuvent être expliqués par négligence de la part des malades dans les soins exigés par la convalescence, par des fautes de technique: résections vaginales insuffisantes, peu de soins apportés dans l'exécution des sutures. Et puis, il y a certains opérateurs, même très habiles, qui manquent d'un certain doigté, que d'autres possèdent, puisqu'ils

ont des succès presque constants. Enfin, des cas de récédive doivent être attribués à une involution sénile progressive de tout l'organisme déterminant un relâchement nouveau des parties constituantes du plancher pelvien le mieux reconstitué.

Terminons ce chapitre par les paroles de SIREDEY, de Paris, xxxiii^e Congrès de chirurgie :

« Il est incontestable que l'opération complète telle que la préconisait BOUILLY, en 1896, est le procédé de choix. Bien faite elle donne d'excellents résultats et je connais nombre de femmes qui depuis vingt ans s'en trouvent à merveille. Elle constitue à mon avis l'une des meilleures interventions de la chirurgie gynécologique.

CONCLUSIONS

De cette étude de la colpopérinéorrhaphie, ressort :

1° Que c'est un procédé opératoire reposant sur la solide base de l'étude pathogénique et anatomo-pathologique du prolapsus;

2° Que c'est une intervention qui amène la reconstitution anatomique parfaite des parties n'opposant aucun obstacle à l'activité sexuelle de la femme ni à son aptitude à la conception; qu'il permet, par conséquent, d'arriver à une sorte de *restitution ad integrum*.

3° C'est une intervention qui ne nécessite pas l'ouverture du péritoine, comme la plupart des autres procédés opératoires, avantage considérable pour les malades âgées et obèses, sujets de préférence à prolapsus pour lesquelles la laparotomie représente un choc opératoire plus grand.

4° C'est une intervention peu compliquée et d'exécution rapide dont les soins post-opératoires sont simples.

5° Les résultats obtenus montrent nettement l'efficacité de la colpopérinéorrhaphie postérieure, complétée par l'amputation du col et la colparrhaphie antérieure dans la thérapeutique chirurgicale des grands prolapsus utérins.

BIBLIOGRAPHIE

- ANDERSON (E. G.). — Vaginal hysterectomy compled with colpopereorrhaphie in certains forms of genital prolapse. (*New Zealand M. J.* 27, p. 388-393, déc. 1928).
- XXXII^e Congrès français de chirurgie, Paris 1923. Séance du 9 octobre, p. 2403270.
- DELBET (P.). — Colpocystopexie et nouveau procédé de colpopérinéorrhaphie. (*Gaz. des Hôp. de Paris* 1897, LXX, 63).
- FORCRAND DE COISELET (DE). — Traitement des prolapsus par l'opération de Bouilly. (*Th. de Montpellier* 1919, n° 18).
- FORGUE et MASSABUAU. — Traité de Gynécologie, 1919.
- FAURE (J.-L.). — Traité de Gynécologie. O. DOIN, Paris 1911.
- GUYOT-VILLAR (J.). — Quelques points de technique dans la colpopérinéorrhaphie. (*Revue française de Gynéc. et d'Obst.*, 23; 12-18, janvier 1928).
- HARTMANN (H.). — Gynécologie opératoire, Paris 1911.
- HORTOLOMEI (H.) et BEERCHELE. — La colpopérinéorrhaphie comme traitement du prolapsus génital. Sa valeur comparée avec les autres méthodes. Résultats opératoires (*Gyn. et Obst.*, 25, p. 277-284).
- HENDIRDJY (L.). — Technique de l'anesthésie locale dans la colpopérinéorrhaphie. (*Presse M.*, 1914, 43-45).
- R. TH. V. JASCKE, O. PANKOW. — Manuel de Gynécologie. « Vratsh », Berlin 1928).
- KÜSTNER (Otto). — Kurzes Lehrbuch der Gynekologie (Iéna. G. Fischer 1904).
- LABHART (A.). — Ring oder operation heim Prolaps alter Frauen? kolpoperineakleisis subtotolis (Schweiz. Méd. Wohngehrift, 64, 643-644, july 14, 1934).
- NOBLE (C. P.). — The half Hitch suture a new suture for usc in anterior colporrhaphy. (*Am. J. Obst. N. Y.* 1902, XLV, 242-245).
- PETIT (P.). — Une technique de colpopérinéorrhaphie pour prolapsus. (*Revue pratique de Gynécologie et d'Obst. et de Pédiatrie de Paris*, 1906, I; 13-17).
- RED (W. C.). — An introduction to the Etudy of anterior colpotomy and colporrhaphy. (*J. Surg. Gynec. et Obst.*, N.-Y., 1907; XXIX, 141-147).

- RICHELOT (L. G.). — Sur la colpo-perineorrhaphie prolapsus et déchirure. (*Bull. et Mém. Soc. de Chirurgie de Paris*, 1902, N. S. xxviii, 1254-1261).
- ROUSSEAU (Ch.). — Du traitement de certains prolapsus utérins par l'oblitération du cul-de-sac de Douglas. *Thèse de Paris*, 1-10, 1909).
- SHAW (W. F.). — Creatment of prolapsus uteri with special reference to Manchester operation of colporrhaphy. (*Am. J. Obst. et Gynec.*, 26; 667-686, nov. 1933).
- STARK (S.). — Operative technique of colpoperineorrhaphy (*Lancet Clin. Cinein* 1908, C. 424-430).
- VIOLET. — Sur vingt cas d'hystérectomie vaginale avec colporrhaphie antérieure et colpopérinéorrhaphie dans les prolapsus graves. (*Lyon Médical*, 151, 155-161, février 5, 1933).

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la thèse ayant pour
titre:

« Contribution à l'étude
valeur de la colpoperineorrhaphie
de la
dans le traitement
des grands prolapsus utérins »
par M. Stefan Stefanoff

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 mai 1935,

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu:

Montpellier, le 15 mai 1935,

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 16 mai 1935.

Le Recteur,

TAILLIART.

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

